DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	RECONOCIMIENTO Y PAGO (PAGO PARCIAL O FINAL)	CODIGO:	F-BS-15
		VERSIÓN:	05

Fecha de elaboración del reconocimiento:	20/08/2024	Periodo de Pago:	Del	04/07/2024	Al	18/07/2024	
Contrato No. y Fecha:	0437 de 29/02/2024						
Contratista:	CLAUDIA MARCELA PEREZ SANCHEZ				c.c. o Nit.	40.401.448	
Representante Legal:	N/A				c.c.	N/A	
Tipo de Pago:	Parcial		Final	X	Número de Pago:	5	

Señores Gerencia de Contaduría, sírvase elaborar la orden de pago de la cuenta que se anexa, por cuanto cumple con todos los requisitos para que sea cancelada, la cual tiene los siguientes soportes documentales:

N.	Documento (Marcar con X los documentos que aplican al pago, los que no con N/A)	Hacienda	Jurídica	Secop	Sia Observa
1	COPIA REGISTRO PRESUPUESTAL (Primer pago del contrato inicial o de la adición o cesión del contrato)	N/A	N/A	N/A	N/A
2	COPIA DEL CERTIFICADO DE BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS (Todos los pagos con proyectos de inversión y en la adición)	N/A	N/A	N/A	N/A
3	ORIGINAL CERTIFICADO SUPERVISOR AUTORIZANDO EL PAGO (F-BS-16)	X	X	X	X
4	COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN (Para Contratos de suministro) (Copia Hacienda – Original Jurídica)	N/A	N/A	N/A	N/A
5	FACTURA DE VENTA O CUENTA DE COBRO DE BIENES O SERVICIOS (Original Hacienda – Copia Jurídica)	X	X	X	X
6	COPIA ACTA DE INICIO (F-BS-12) (Primer Pago)	N/A	N/A	N/A	N/A
7	COPIA CONTRATO O EL DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES (Primer Pago o cesión del contrato)	N/A	N/A	N/A	N/A
8	COPIA MODIFICACIONES DEL CONTRATO (Pago posterior a la modificación) (Para Adición último pago del contrato inicial y primer pago de la adición)	N/A	N/A	N/A	N/A
9	COPIA RUT. o NIT. COMPLETO (Primer pago o cesión del contrato) En Uniones Temporales o Consorcio presentar RUT completo de los participantes	N/A	N/A	N/A	N/A
10	COPIA ACTO ADMINISTRATIVO DE DESIGNACIÓN DEL SUPERVISOR (Primer Pago o si hay cambio de supervisor) (Nota 11)	N/A	N/A	N/A	N/A
11	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Primer pago o si realiza cambio de cuenta)	N/A	N/A	N/A	N/A
12	PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL • Planilla integrada en la que conste el pago de aporte y el IBC. (Persona Natural). • Esquema de presunción de costos, de acuerdo a lo establecido por el ministerio de salud y protección social y la UGPP. (Trabajadores independientes por cuenta propia o con contrato diferente a prestación de servicios) • Certificado expedido por el representante legal y/o revisor fiscal (Si está obligado a tenerlo), donde acredite que se encuentra a paz y salvo con aportes a seguridad social y parafiscales durante los últimos 6 meses, anexando tarjeta profesional, cédula de ciudadanía y antecedentes de la profesión vigentes del revisor fiscal (Persona Jurídica)	X	X	X	X
13	COPIA CERTIFICADO DE AFILIACIÓN ARL (Primer pago del contrato inicial, cesión, o prorroga) (Persona Natural)	N/A	N/A	N/A	N/A
14	INFORME DEL CONTRATISTA	N/A	X	X	X
15	INFORME DEL SUPERVISOR (F-BS-23)	N/A	X	X	X
16	ACTA DE FINALIZACIÓN (F-BS-17)	X	X	X	X
17	ACTA DE LIQUIDACIÓN (F-BS-34) (Nota 1 y 2)	N/A	N/A	N/A	N/A

Valor a Pagar (Letras y Números):	**Siete Millones Trescientos Seis Mil Doscientos Sesenta y Siete Pesos ($7.306.267) M/cte**

Cordialmente,

Nombre:	CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS	Nombre:	JORGE OVIDIO CRUZ ALVAREZ
Cargo:	Gerente Administrativo de Salud	Cargo:	Secretario de Salud del Meta
Supervisor		Ordenador del Gasto	

Secretaría de Salud del Meta
Oficina de Contratación
Fecha: 26-08-24
Revisó:

02 SEP 2024

icontec ISO 9001 2015 SC-CER108999
icontec ISO 14001 2015 SA-CER530443
icontec ISO 45001 2018 OS-CER531285

Secop 6338 04-09-24.

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	05

Contrato No. y Fecha:	0437 de 29/02/2024		
Contratista: (Persona natural o jurídica que figura en el contrato.)	Claudia Marcela Perez Sanchez	**NIT/C.C.**	40.401.448
Representante Legal: (Soló para persona jurídica)	N/A	**C.C.**	N/A
Supervisor:	Cristian Camilo Cespedes Ramos	**C.C.**	1.121.823.987
Objeto: (Transcribir del contrato)			
ARRENDAMIENTO DE UN INMUEBLE CON EL FIN DE QUE FUNCIONE LA BODEGA PARA EL ALMACENAMIENTO DE ELEMENTOS E INSUMOS DEL PROGRAMA ETV Y EL ARCHIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL META.			
Valor inicial del contrato: (Letras y Números)	**Cuarenta y tres millones ochocientos treinta y siete mil quinientos noventa y nueve pesos($43.837.599) M/cte.**		
Término Inicial de Ejecución:	Tres (3) meses		
Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	04/03/2024	**Fecha Finalización según Acta de Inicio:**	03/06/2024

Modificaciones (Adiciones, Prórrogas, Suspensiones, Cesiones, Reinicios, Reducciones y Otras)			
Tipo de Modificación **Adición** (Sumar) Reducción (Restar)	**Valor de la Modificación** (Cuando Aplique)	**Fecha de expedición del documento.**	**Tiempo de Modificación** (Cuando Aplique)
Adición y prórroga N°1	$21.918.800	31/05/2024	1 mes y 15 días
Total del Valor de la Modificación	**Veintiún millones novecientos dieciocho mil ochocientos pesos ($21.918.800) M/cte.**		
*Si no existen modificaciones coloque valores en ceros y demás casillas N/A **Inserte filas si requiere			

Término Total de Ejecución: (Inicial +/- modificaciones)	Cuatro (4) meses y quince días	**Fecha Finalización:** (Inicial +/- modificaciones)	18/07/2024
Valor total del contrato +/- las modificaciones: (Letras y Números)	**Sesenta y cinco millones setecientos cincuenta y seis mil trescientos noventa y nueve pesos($65.756.399) M/cte.**		
*Diligencie sólo si existen modificaciones, de lo contrario N/A Realice la sumatoria del valor inicial y las modificaciones en valores aun cuando sea cero (0), al igual que el término de ejecución y Fecha de Finalización **Inserte filas si requiere			

Forma de Pago: (Transcribir del contrato)

EL DEPARTAMENTO La Gobernación del Departamento del Meta pagará al contratista El valor del canon de arrendamiento, Se pagará en **TRES (03)** mensualidades por valor de **CATORCE MILLONES SEISCIENTOS DOCE MIL QUINIENTOS TREINTA Y TRES ($14.612.533,oo) MCTE** mensualidades suma que será pagadera mensualmente conforme a la naturaleza del contrato a suscribirse **pagadera anticipadamente, a excepción de la último que estará supeditada a la correspondiente acta de finalización y liquidación**, especificados de la siguiente manera:

CANON DE ARRENDAMIENTO MENSUAL	**($14.612.533,oo)**

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	05

Los servicios públicos correspondientes a: acueducto, alcantarillado, recolección de basuras, y energía eléctrica, estarán a cargo de la Secretaría de Salud del Meta, previa presentación de los siguientes documentos: **a)** informe final de actividades elaborado por el contratista, **b)** informe del supervisor, **c)** certificación del supervisor autorizando el pago, **d)** Factura y/o cuenta de cobro, **e)** Certificado de encontrarse a paz y salvo al Sistema General de Seguridad Social Integral y parafiscales, expedido por el revisor fiscal o representante legal en su defecto, **f)** además de los documentos exigidos en la dirección financiera de la Gobernación, y demás requisitos enunciados en formato de "Reconocimiento y Pago" publicado en la página web de la Gobernación del Meta.
PARÁGRAFO: Para el pago correspondiente el contratista deberá cargar en la plataforma de contratación SECOP II, la facturación correspondiente al proceso suscrito, lo cual será objeto de verificación por parte del supervisor.

Contrato Inicial, Registro Presupuestal:					
Número y Fecha:	1439 de 04/03/2024	**Inversión**		**Funcionamiento**	X
Rubro presupuestal:	03030101 -2.1.2.02.02.007-70				
Valor: (Letras y Números)	**Cuarenta y tres millones ochocientos treinta y siete mil quinientos noventa y nueve pesos ($43.837.599,oo) M/cte.**				

Adición, Registro Presupuestal:					
Número y Fecha:	5222 de 31/05/2024	**Inversión**		**Funcionamiento**	X
Rubro presupuestal:	03030101-2.1.2.02.02.007-70				
Valor: (Letras y Números)	**Veintiún millones novecientos dieciocho mil ochocientos pesos ($21.918.800) M/cte.**				

Nota: Realice copia de la tabla si se presenta más de una adición

Obligaciones Generales del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

N/A

Obligaciones Específicas del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

OBLIGACIONES DEL ARRENDADOR: El arrendador se compromete con el Departamento a:

1. El arrendador entregará en arrendamiento al Arrendatario el goce del inmueble Lote de terreno previa revisión y aprobación por parte de la secretaria de Salud del Meta de condición técnica y sanitarias, ha revisado y viabilizado inmueble con una cabida de 441.72 m² metros cuadrados junto con la bodega oficinas en el levantada, ubicada en el Barrio Maizaro en la calle 32 No 33-17 con cedula catastral No 01-03-0069-0001-000-1000 número de matrícula 230-181716 con el fin de que funcionen como bodega para el Almacenamiento de Insumos y Archivos del Programa ETV del Departamento del Meta.
2. Hacer entrega del inmueble en perfectas condiciones para que funcione como bodega para el Almacenamiento de Insumos y Archivos del Programa ETV del departamento del Meta.
3. Garantizar la afiliación ante el sistema de seguridad social integral en los términos establecidos en la ley 100 de 1993, (EPS y Fondo de Pensiones) y presentar mensualmente constancia de pago por dichos conceptos expedida por la respectiva entidad de seguridad social o en su defecto en fotocopia el recibo de pago legible y vigente.
4. Atender los requerimientos, Instrucciones y/o recomendaciones que durante la ejecución del contrato imparta la secretaría a través del supervisor del mismo para una correcta ejecución y cumplimiento de sus obligaciones.

Modificaciones y/o Adiciones:

Según Minuta de adición y prórroga N°1 al contrato 0437 de 2024 de fecha 30/05/2024:
CLÁUSULA PRIMERA-OBJETO: ADICIÓN N°1 Y PRÓRROGA N°1 DEL CONTRATO DE ARRENDAMIENTO N°0437 DE 2024 CUYO OBJETO ES: ARRENDAMIENTO DE UN INMUEBLE CON EL FIN DE QUE FUNCIONEN

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	05

LA BODEGA PARA EL ALMACENAMIENTO DE ELEMENTOS E INSUMOS DEL PROGRAMA ETV, Y EL ARCHIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL META.

CLÁUSULA SEGUNDA- VALOR DE LA ADICIÓN: El valor de la presente adición de acuerdo al presupuesto oficial, será de **VEINTIÚN MILLONES NOVECIENTOS DIECIOCHO MIL OCHOCIENTOS PESOS ($21.918.800) M/CTE.**

CLÁUSULA TERCERA-TÉRMINO DE PRÓRROGA: El término que se procede a prorrogar al CONTRATO DE ARRENDAMIENTO N°0437 de 2024.

CLÁUSULA CUARTA-FORMA DE PAGO DE LA ADICIÓN: EL DEPARTAMENTO pagará al contratista, el valor adicionado de conformidad con la forma de pago establecida en el contrato N°0437 de 2024.

Periodo de Pago:	Del	04/07/2024	Al	18/07/2024			
Tipo de Pago:	Anticipo		Parcial		Final	X	No. de Pago	5

No. de Comprobante de Entrada a Almacén: (Contratos cuando se requiera ingreso a almacén)	**N/A**
No. de Comprobante de Salida a Almacén: (Contratos cuando se requiera instalación de bienes)	**N/A**

Valor Total Autorizado a Pagar	
Valor Total Autorizado a Pagar (Letras Máximo 2 Decimales)	**Siete millones trescientos seis mil doscientos sesenta y siete pesos($7.306.267) m/cte.**

Por cada Registro Presupuestal (R.P.) y Clasificador Presupuestal que avale el contrato, se debe especificar el Valor a Afectar. Inserte filas si requiere.

No. R.P.	**Rubro Presupuestal**	**Clasificador Presupuestal**	**Valor a Afectar**
1439	03030101 -2.1.2.02.02.007-70	72112	$0
5222	03030101 -2.1.2.02.02.007-70	72112	$7.306.267
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			**$7.306.267**

Por cada Registro Presupuestal (R.P.) y Clasificador Presupuestal que avale el contrato, se debe especificar el Valor a Afectar. Inserte filas si requiere.

Lugar donde se suministra los bienes o se presta el Servicio:

El lugar de ejecución será el municipio de Villavicencio

Municipio	**Valor**
Villavicencio	$7.306.267
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)	**$7.306.267**

Nota: Incluir filas adicionales si se requiere.
Discriminar el valor para cada municipio en proporción a lo ejecutado del contrato para el periodo de pago.
Esta información es para determinar retenciones aplicables a título del impuesto de industria y comercio.

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	05

Anticipo (Letras y Números máximo 2 Decimales)		**N/A**	**N/A**
Porcentaje:	N/A	**Observaciones:**	N/A

Amortización del Anticipo

Concepto	Valor Facturado	% Contrato Facturado	Saldo Contrato	Amortización Anticipo	% Anticipo Amortizado	Saldo Anticipo
Valor Inicial	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Parcial 1	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Parcial 2	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Parcial n	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Parcial n	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Total	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Balance Financiero de Ejecución del Contrato Inicial				
Concepto	**Valor** (Números máximo 2 Decimales)	**Periodo de Pago** DD/MM/AAAA		**% Ejecución Financiera**
		Del	**Al**	
Primer Pago	$14.612.533	04/03/2024	03/04/2024	33.33%
Segundo Pago	$14.612.533	04/04/2024	03/05/2024	33.33%
Tercer Pago	$14.612.533	04/05/2024	03/06/2024	33.34%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	$0	N/A	N/A	0%
Valor Total del Contrato Inicial	$43.837.599	04/03/2024	03/06/2024	100%
Nota: Inserte o Elimine filas si requiere.				

Balance Financiero de Ejecución de la Adición				
Concepto	**Valor** (Números máximo 2 Decimales)	**Periodo de Pago** DD/MM/AAAA		**% Ejecución Financiera**
		Del	**Al**	
Cuarto Pago	$14.612.533	04/06/2024	03/07/2024	66.66%
Pago Autorizado en el Presente Informe (quinto pago)	$7.306.267	04/07/2024	18/07/2024	33.34%
Saldo de la Adición Pendiente por Ejecutar	$0	N/A	N/A	0%
Valor Total de la Adición	**$21.918.800**	04/06/2024	18/07/2024	**100%**
Nota: El número de pagos debe ser consecutivo, comienza en el balance financiero del contrato inicial y continúa en el balance financiero de la adición. Inserte o Elimine filas si requiere. (Si no aplica diligenciar N/A)				

Valor Total del Contrato Inicial más la Adición	**$65.756.399**

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	05

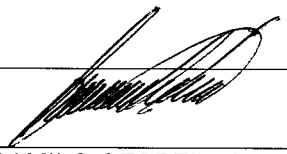
Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	**Datos**
Periodo Cotizado	JULIO/2024
Número de Planilla	9471447225
IBC (Ingreso Base de Cotización)	$3.700.000
Valor pagado a SALUD	$465.000
Valor pagado a PENSIÓN	$595.100
Valor pagado a ARL	$39.000
Valor pagado a FSP	$0
Nota: Si realizó pago para más de un Periodo o finalizando contrato Inserte nueva columna **Nota:** Si es persona jurídica se diligencia todo con N/A	

Pago de Seguridad Social: (Persona Jurídica)	**Si** **N/A**
Certificado expedido por el Representante legal	
Certificado expedido por el Revisor fiscal	
Nota: Si es persona natural se diligencia N/A	

Se expide como requisito esencial para que se efectúe el pago correspondiente.

Dado en Villavicencio, a los veinte(20) días del mes de agosto de 2024.

Cordialmente,



CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS
Gerente Administrativo de Salud
Supervisor

C.M.P.S

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
VILL618
Forma de pago: CREDITO
Medio de pago: Consignación bancaria
Fecha de Vencimiento: 26/08/2024
Fecha generación: 19/08/2024 23:10:25
Fecha expedición: 19/08/2024 23:10:26

CLAUDIA MARCELA PEREZ SANCHEZ
NIT: 40401448-2
Bogota, D.c. Colombia

FACTURADO A

DEPARTAMENTO DEL META
NIT 892000148-8
Carrera 33 # 38 45 Villavicencio (MET)
TEL: 6086818500
face@meta.gov.co
PRINCIPAL

CUFE: 26edb35cb1fa14c6859154671b9812910cf5852ff45e5b2f213c1ff5244b3f83afc728e4f7917d7f15e2027b92576c62

	DESCRIPCIÓN	CANT	V. UNIT.	IMP.	TOTAL
1	Arriendo del inmueble ubicado en la calle 32 # 33 — 17 con el fin de que funcione la bodega para el almacenamiento de elementos e insumos del programa ETV y el archivo de la secretaria de salud del meta, correspondiente al periodo comprendido entre el 04 de julio de 2024 al 18 de julio de 2024, según contrato 0437 del 2024.	1	6.139.720,17	19%	6.139.720,17

Total cantidad : 1
SIETE MILLONES TRESCIENTOS SEIS MIL DOSCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS

SUBTOTAL	$ 6.139.720,17
IVA	$ 1.166.546,83
TOTAL NETO	**$ 7.306.267,00**

Realice su pago a nombre de CLAUDIA MARCELA PEREZ SANCHEZ Nit. 40.401.448-2 vía electrónica o consignación en BANCOLOMBIA Cuenta Ahorros 69585606014
Esta factura de venta es título valor y causará intereses bancarios a partir de la fecha de su vencimiento.
Esta factura de venta se entiende aceptada a los 3 días calendario de recibo. (Art. 86 Ley 1676 20-08-2013)

Responsable de IVA - Actividad Económica 6810 Actividades inmobiliarias realizadas con bienes propios o arrendados Tarifa 9,66

Documento oficial de autorización de numeracion de facturación según resolución número 18764076620186 vigencia de 06/08/2024 al 06/02/2025 rango del 614 al 1000 prefijo VILL. Esta factura se asimila en todos sus efectos a la letra de cambio.

Proveedor Tecnológico : **ALIADDO SAS NIT:830099008-5** - www.aliaddo.com

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40401448		PEREZ SANCHEZ CLAUDIA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	condominio palma real casa 114	VILLAVICENCIO-META	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	855103173	9471447225	I	2024/08/13	2024/08/20	BANCO DAVIVIENDA	7	$1,099,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	40401448	PEREZ SANCHEZ CLAUDIA MARCELA	230901	30	$3,700,000	$592,000	EPS005	30	$3,700,000	$462,500		0	$0	$0	14-23	30	$3,700,000	$38,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$3,700,000	$592,000			$3,700,000	$462,500			$0	$0			$3,700,000	$38,700		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$592,000	$3,100	$0	$595,100
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	$592,000	$3,100	$0	$595,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$38,700	$300	$0	$39,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$38,700	$300	$0	$39,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$462,500	$2,500	$0	$465,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$462,500	$2,500	$0	$465,000
TOTAL				**1**	**$1,093,200**	**$5,900**	**$0**	**$1,099,100**

2024/08/19 10:22 PM

Villavicencio, 20 de agosto de 2024

Señores

Secretaria de salud del Meta

La Ciudad.

ASUNTO: **INFORME DE PRESUNCIÓN DE COSTOS**

Respetados,

Mediante el presente documento y sustentado en la presunción de costos, me permito relacionar los ítems que hacen parte de los costos que se asumieron en el mes de julio de 2024.

Adecuación de la bodega ubicada en la dirección Calle 32 # 33 – 17

Adecuación y mantenimiento puertas de acceso: $770.000

Adecuación acceso del primer piso lateral: $780.000

Mantenimiento puerta de vidrio: $1.470.000

Mantenimiento puerta eléctrica: $950.000

Mantenimiento de muro en Dry Wall para divisiones internas: $1.800.000

Mantenimiento aires acondicionados: $530.000

De antemano muchas gracias por la atención prestada a la presente

Cordialmente,

Claudia marcela Perez Sánchez

CC 40.401.448

Bogotá D.C., 05 de julio de 2024 Ref.: 202407201742

CERTIFICACIÓN APORTES SEGURIDAD SOCIAL

CERTIFICO

Que la señora **CLAUDIA MARCELA PEREZ SANCHEZ** identificada con C.C. 40.401.448 de Villavicencio (Meta) a la fecha de esta certificación ha dado cumplimiento oportuno y completo a los aportes y obligaciones que le corresponden respecto del Sistema de Seguridad Social cuando a ello ha habido lugar, en cuanto a Salud, Pensiones y demás aportes del Sistema de Seguridad Social.

De igual forma certifico que durante los últimos tres (3) meses calendario legalmente exigibles, la señora **CLAUDIA MARCELA PEREZ SANCHEZ** ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley, se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes y el ingreso base de cotización (IBC) corresponde al esquema de presunción de costos para las actividades inmobiliarias.

La presente certificación se expide en mi calidad de Contador Público con destino **A QUIEN INTERESE** en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, y en aplicación de la presunción de costos de la Resolución 209 del 12 de febrero de 2020, expedida por la UGPP en su ARTÍCULO 3° ESQUEMA DE PRESUNCIÓN DE COSTOS, según la cual y de acuerdo con la tabla del esquema de presunción de costos, para las actividades inmobiliarias, el porcentaje es del 65,7%.

Cordialmente;

ALEJANDRO MENDIVELSO
CONTADOR PÚBLICO
TP 58.834-T

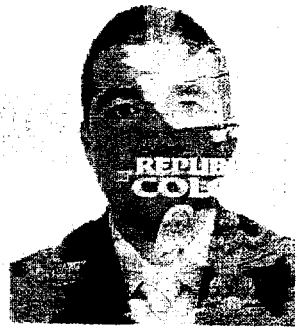
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.636.258

MENDIVELSO LEAL
APELLIDOS

LUIS ALEJANDRO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-DIC-1972
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

14-MAY-1991 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500101-42113013-M-0079636258-20030812 06930 03223B 01 139801362

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

TARJETA PROFESIONAL

DE CONTADOR PUBLICO



58834-T

LUIS ALEJANDRO
MENDIVELSO LEAL
C.C. 7463258

RESOLUCION INSCRIPCION 38 FECHA 24/06/98

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Presidente

0000-3339

C CERVANTINA S.A.

06/98-23280

FIRMA DEL TITULAR

015988

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

7 7 6 3 6 2 5 8

COPIA TARJETA PROFESIONAL PARA APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL DE CLAUDIA MARCELA PEREZ SANCHEZ C.C. 40.401.448
EL 10 DE JULIO DE 2023

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

552ED2095022A56A9

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **LUIS ALEJANDRO MENDIVELSO LEAL** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 79636258 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 58834-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS ******************************
****
****

Dado en BOGOTA a los 8 días del mes de Julio de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	ACTA DE FINALIZACIÓN	CÓDIGO:	F-BS-17
		VERSIÓN:	04

ACTA DE FINALIZACIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 0437 DEL AÑO 2024 CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y CLAUDIA MARCELA PEREZ SANCHEZ

Contrato No. y Fecha:	0437 de 29/02/2024		
Registro Presupuestal No. y Fecha:	1439 de 04/03/2024 5222 de 31/05/2024		
Contratista:	Claudia Marcela Perez Sanchez	Nit./c.c.	40.401.448
Representante Legal:	N/A	c.c.	N/A
Supervisor:	Cristian Camilo Cespedes Ramos	c.c.	1.121.823.987
Objeto:			
ARRENDAMIENTO DE INMUEBLE CON EL FIN DE QUE FUNCIONE LA BODEGA PARA EL ALMACENAMIENTO DE ELEMENTOS E INSUMOS DEL PROGRAMA ETV Y EL ARCHIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL META.			
Valor inicial del contrato: (Letras y Números)	**Cuarenta y tres millones ochocientos treinta y siete mil quinientos noventa y nueve pesos ($43.837.599) M/cte.**		
Término Inicial de Ejecución:	Tres (3) meses		
Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	04/03/2024	Fecha Finalización según Acta de Inicio:	03/06/2024

Modificaciones (Adiciones, Prórrogas, Suspensiones, Cesiones, Reinicios)			
Tipo de Modificación	Fecha de expedición del documento	Valor (Aplica solo para adiciones)	Tiempo (aplica solo para prórrogas)
Adición y prórroga N°1	31/05/2024	$21.918.800	1 mes y 15 días
Término Total de Ejecución: (Inicial + prórroga)	Cuatro (4) meses y quince (15) días	Fecha Finalización: (Inicial + prórroga)	18/07/2024
Valor total del contrato, incluyendo adiciones: (Letras y Números)	Sesenta y cinco millones setecientos cincuenta y seis mil trescientos noventa y nueve pesos ($65.756.399) M/cte.		
*Diligencie sólo si existen modificaciones, de lo contrario N/A **Inserte filas si requiere			

En la ciudad de Villavicencio, el(la) señor(a) **CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS,** Supervisor(a) delegado(a) identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1.121.823.987, y **CLAUDIA MARCELA PEREZ SANCHEZ** identificado(a) con cédula de ciudadanía o Nit. número 40.401.448, suscriben la presente Acta de Finalización, previa verificación de todos los documentos y requisitos legales.

En constancia se firma, a los 20 días, del mes agosto del año 2024.

Claudia Marcela Perez Sanchez	Cristian Camilo Cespedes Ramos
Contratista	Supervisor